ÜBER DIE
DACTILITIS SYPHILITICA.

INAUGURAL-DISSERTATION,

DER

HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER GROSSHERZOGL.

ALBERT-LUDWIG-UNIVERSITÄT

ZU FREIBURG I. B.

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE

AM 17. MÄRZ 1882

VORGELEGT VON

FRANZ CURT REINHARD ESCHLE

PRACT. ARZT.

FREIBURG IN BADEN

UNIVERSITÄTS-BUCHDRUCKEREI VON H. M. POPPEN & SOHN.

Mit Genehmigung der Facultät

nachträglich

gedruckt.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550801_0207

Die syphilitische Dactylitis ist eine der seltensten auf specifischer Basis entstehenden Affectionen. Sie tritt als Spätform der Syphilis bei Erwachsenen, aber auch als congenitale Form bei Kindern auf und gehört in die Reihe der Gummabildnngen.

Characteristisch für die Affection ist, dass die erkrankten Finger die äussere Erscheinung der Spina ventosa zeigen, welche bekanntlich auch durch Tuberculose und Scrophulose, durch Enchrondome oder Sarcome des Knochenmarks hervorgebracht werden kann. Das Leiden kann dabei sowohl vom Knochenmark wie vom Periost, oder den Weichtheilen des Fingers seinen Ausgang nehmen[1]).

Diese Affection wurde im Jahre 1859 von Chassaignac zuerst beschrieben, aber in weiteren ärztlichen Kreisen erst durch eine eingehende Arbeit von Lewin[2]) bekannt, welcher auf Grund einiger von ihm selbst beobachteten Fälle alle bisher in der Literatur niedergelegten Krankengeschichten sammelte. Lewin beobachtete innerhalb 15 Jahren (1877) bei einem Material von jährlich 3—4000 Kranken in der königlichen Charité nur 6 Fälle von syphilitischer Dactylitis und vermochte seinem Berichte nur 27 weitere Fälle, wie bemerkt die

[1]) Vergl. unten.

[2]) Lewin, Die syphilitischen Affectionen der Phalangen der Finger und Zehen. Charité-Annalen IV. 1879.

einzigen, die in der ganzen Literatur aufzufinden waren, beizufügen[1]).

Die Seltenheit dieses Leidens fällt um so mehr auf, als die Finger bei Erwachsenen wie bei Kindern zu den Gliedern gehören, welche am meisten und ehesten dort traumatischen Schädlichkeiten, hier schädigenden Temperatureinflüssen ausgesetzt zu werden pflegen. Derartigen Einwirkungen exponirte Körperstellen pflegen mit Vorliebe der Sitz syphilitischer Localerkrankung zu werden. So sehen wir durch den Druck des Hutrandes die Corona veneris entstehen, an der oft beschädigten Tibia die Tophie hervorbrechen und zwischen den sich aneinanderreibenden Nates und Labien die Wucherung der breiten Condylome.

Einmal diese Seltenheit des Vorkommens, andererseits ein ungewöhnlicher Ausgang und besonders merkwürdige Nebenumstände lassen mich die Veröffentlichung der nachfolgenden beiden Krankengeschichten als gerechtfertigt ansehen.

Fall I. Von Wichtigkeit scheint hier die Anamnese, welche ich demnach ausführlich wiedergebe: Frau Anna Behrle aus Freiburg ist eine zur Zeit 38-jährige Maurerswittwe. Der Vater der Pat. starb nach Angabe der Letzteren im Alter von 57 Jahren an einer „zehrenden" Krankheit, über deren Natur ihr nichts bekannt geworden ist. An der Brust hatte derselbe nie gelitten, dagegen ist er, so lange Pat. denken kann, mit hartnäckigen Ausschlägen des Kopfes und Gesichtes behaftet gewesen. Die Mutter der Frau B. starb 60 Jahre alt, wie diese meint, an einer Gehirnentzündung,

[1]) Ausser den von Lewin zusammengestellten Fällen fand ich in den Jahresberichten des Wiener Krankenhauses von 1864 einen als Panaritium syphiliticum bezeichneten Fall erwähnt. Leider existirte hierüber eben so wenig ein ausführlicher Krankheitsbericht, wie über die Beobachtungen von Grünfeld, welcher in dem Artikel Dactylitis in der Eulenburg'schen Real-Encyclopädie erwähnt, dass er in der Wiener Syphilisklinik Fälle von Dactylitis gesehen habe.

nachdem sie an nicht mehr zu eruirenden Beschwerden von Seiten des Nervensystems gelitten hatte und dadurch Jahre lang mit kurzen Unterbrechungen an das Krankenlager gefesselt war. Der behandelnde Arzt hätte ein Hirnleiden lange vor dem Tode diagnosticirt. — Pat. führt als in Bezug auf ihr eigenes Leiden von Interesse an, dass der Mutter das letzte Glied des rechten Zeigefingers gefehlt und dass sie diese habe erzählen hören, jenes wäre ihr vor ihrer Verheirathung durch einen langwierigen localen Krankheitsprozess verloren gegangen. — Pat. ist die 4. von 5 Geschwistern. Die beiden ältesten erreichten nicht das Alter von 14 Tagen, das 3. Kind ihrer Eltern starb als es fast ein Jahr alt war. Die letzte allein noch lebende Schwester ist verheirathet und soll sich einer guten Gesundheit und kräftiger Kinder erfreuen. In ihrer Jugend ist dieselbe, wie die B. angibt, wenn auch damals schon von kräftigen Formen, so doch stets durch verschiedene Leiden, behelligt worden, welche von ihrer Umgebung nur als aus einer durch Fettleibigkeit bedingten schlechten Blutbeschaffenheit hervorgehend angesehen wurden. Die Beschwerden bestanden in einem hartnäckigen, übelriechenden Nasenausflusse und in trockenen, schuppenden Ausschlägen der behaarten Kopfhaut, des Gesichtes und der Extremitäten. Nach kurzen Intervallen der Besserung unter ärztlicher Behandlung brach stets das alte Leiden wieder aus und schwand erst zur Zeit der Pubertät. Im 20. Lebensjahr erkrankte die erwähnte Schwester an einer spontan auftretenden Fussgelenkentzündung, welche sie lange an das Bett fesselte, die aber schliesslich ohne Funcktionsstörung ausheilte. — Frau B. selbst will in ihrer früheren Jugend keine Krankheiten durchgemacht haben, namentlich an keinem als scrophulös oder tuberculös aufzufassenden Erkrankungen der Haut oder des Knochensystems gelitten haben. Dagegen ist sie im 15. Lebensjahre von einem acut verlaufenden, mit Fieber einhergehenden, wie sie meint, kaum eine Woche anhaltenden Lungenleiden befallen

worden. Noch in demselben Jahre stellte sich eine linkseitige, chronisch verlaufende Kniegelenkentzündung ein, welche, nicht besonders schmerzhaft aber von starker Schwellung begleitet, noch anhielt, als nach einjährigem Krankenlager die Menstruation eintrat, welche sich von jetzt ab in vierwöchentlichen Intervallen, bei 3 bis 5-tägiger Dauer, mit mässigem Blutabgang und wenig gestörtem Allgemeinbefinden wiederholte. — Die Kniegelenkentzündung heilte ohne Aufbruch des Gelenks und ohne Eingriff unter Bettruhe, kalten Umschlägen und localer Jodbehandlung schliesslich so vollständig aus, dass zur Zeit keine Spuren einer Functionsstörung weder von der Patientin noch von mir bemerkt werden kann. — Im Jahre 1871 erfolgte die Verheirathung mit einem anscheinend kräftigen und gesunden Manne, welcher, dem Gewerbe nach Maurer, seiner Militärpflicht genügt und gerade den Feldzug als Landwehrmann mitgemacht hatte. Derselbe hatte während seiner Militärzeit nur einmal an einer ziemlich lange währenden Krankheit — angeblich einer Lungenentzündung — im Lazareth darniedergelegen. Namentlich sind zur Zeit seiner Verheirathung weder Ausschläge, noch irgend welche Affectionen der Genitalien an ihm aufgefallen. — Im November 1872 erfolgte die Geburt des ersten Kindes, eines anscheinend gesunden Mädchens, Bertha B., über deren erst nach Verlauf von $1^1/_2$ Jahren ausbrechende Fingererkrankung unten Weiteres berichtet wird. — Im Jahre 1874 wurde Frau B. von einem zweiten Mädchen entbunden, welches anfänglich gesund und kräftig aussah und nirgends am Körper Exantheme aufwies; schon in den ersten Monaten stellte sich ein hartnäckiger Schnupfen ein, wobei die Nasenlöcher sich mit dicken, gelblichen Borken verlegten. Nachdem eine auffallende Mattigkeit und Apathie eingetreten, starb das Kind plötzlich, ohne dass Fieber, Krämpfe oder anderweitige bedrohliche Erscheinungen vorangegangen wären. Der erst jetzt herbeigerufene Armenarzt gab in der Todesbescheinigung einen „Lungenschlag“ als Ursache des

lethalen Ausganges an. — Im April 1876 starb der Ehemann der Pat. an einer fieberhaften Erkrankung, von nur mehrtägiger Dauer, die von wenig trockenem Husten begleitet gewesen sein soll. — Erst im Jahre 1877 fing bei Frau B. selbst, ohne dass sie sich eines traumatischen Anlasses bewusst wäre und — wie sie behauptet — ohne Vorausgehen irgend welcher primärer oder secundärer Erscheinungen in der Volarseite der dritten linken Zeigefingerphalanx ein Linsengrosses, auf Druck empfindliches, leicht verschiebbares Knötchen zu entstehen an, das, zu einer dunkelrothen Beule heranwachsend, unter Entleerung eines dünnen Eiters aufbrach und später eine immer weiter ulnarwärts um sich greifende Geschwürsfläche zu Tage treten liess[1]). Als sich bald darauf nicht nur Kopfschmerzen und Defluvium, sondern auch ähnliche Geschwülste an der linken Seite des Halses und der Wange, sowie auf der Dorsalfläche der schon erkrankten Hand einzustellen begannen, wurde die bisher in Umschlägen mit essigsaurer Thonerde, Camillenbädern und Jodpinselungen bestehende Therapie im Frühling 1879 mit einer Jodkaliumkur vertauscht, die aber so nachlässig betrieben wurde, dass dem behandelnden Arzte, Herrn Dr. Hack, die Ueberweisung der Kranken in die chirurgische Klinik geboten erschien. — Hier entschied man sich bei der Fruchtlosigkeit aller bisherigen therapeutischen Versuche sofort für einen operativen Eingriff. Jedoch musste einstweilen die Uebersiedelung der B. in das Hospital hinausgeschoben werden, da sie zum drittenmale (jetzt ausserehelich) schwanger ging und zwar mit einem Knaben, welcher Juli 1879 zur Welt kam. So schritt man erst Januar 1880 zur Exarticulation des erkrankten Fingers im Metatarso-Phalangealgelenke. — Zur Fortsetzung der gleichzeitig mit

[1]) Die anamnestischen Angaben wurden mir von den Herren Professor Dr. Maas und Dr. Hack in dankenswerther Weise aus den betreffenden klinischen resp. privaten Journalen zur Verfügung gestellt.

dem Eintritt in die Klinik wieder aufgenommenen Jodkalikur sollte Pat. in ambulatorischer Behandlung der Anstalt bleiben, welche um so mehr Noth that, als bei übrigens sehr glattem Heilungsverlaufe der Wunde die oben beschriebenen Knoten zu ulceriren angefangen und sich um noch zwei weitere (an der Innenseite des rechten Oberarmes und auf der Brust über dem Manubrium sterni) vermehrt hatten. Jedoch entzog sich Patientin bald aus Nachlässigkeit dieser Behandlung und blieb ohne ärztlichen Beistand bis März 1881, einer Zeit, in welcher sich zuerst Haemoptoë einzustellen begann, die sich bald häufiger wiederholte. Diese Zufälle traten besonders nach grösseren Anstrengungen auf — sei es dass Patientin ungewöhnlich im Hausstande thätig gewesen war, sei es, dass sie längere Zeit auf der Nähmaschine gearbeitet hatte. Während einzelner solcher Hustenanfälle will Pat. Blut in Quantitäten, die mitunter den Inhalt eines halben Wasserglases überschritten, aufgegeben haben. Damals wurde wieder die Hülfe des Herrn Dr. Hack in Anspruch genommen, welcher nach Aufhören der bedrohlichen Lungenerscheinungen und nach allen erdenklichen therapeutischen Versuchen, durch die verschiedenartigsten Verbandmittel, durch Mercurialpflaster und Ausschabungen auf die gummösen Bildungen einzuwirken, die Frau nebst ihren Kindern mir zur weiteren Beobachtung, als zur Behandlung überliess.

Status: Erst Ende Januar 1882 stellte sich Pat. bei mir ein. Dieselbe ist eine äusserst schwächliche Person von krankhaftem Aeusseren, blasser Haut, sehr dürftigem Fettpolster und gracilem Knochenbau. An Hals und Wange zeigen sich drei reichlich Bohnengrosse, röthlich-braune, etwas vertiefte, strahlige Narben. (Also war schliesslich doch noch entweder spontan oder in Folge der früheren Behandlung an diessen Stellen Heilung eingetreten.) Eine nur wenig kleinere, ähnlich gestaltete Narbe findet sich am oberen Dritttheile der Innenfläche des rechten Oberarmes. Die linke Hand, der der Zeigefinger fehlt, trägt einen ungeschickt ange-

gelegten, unsauberen Verband, nach dessen Entfernung man den Handrücken und namentlich den Kopf des II. Metacarpus von einem röthlichen Narbengewebe bedeckt findet. An dem bezeichneten Metacarpusköpfchen bemerkt man radialwärts eine etwas Linsengrosse, ulnarwärts eine grössere ulcerirte Stelle, welche beide durch ihren fungösen Grund die Ausgänge von Fistelöffnungen vortäuschen. Jedoch sind die Geschwüre so wenig vertieft, dass eine Sonde weder in die Tiefe, noch seitwärts vorzudringen vermag. Aus den Oeffnungen entleert sich ein spärliches, stark schleimiges und fadenziehendes Wundsecret, welches man in grösseren Quantitäten an dem entfernten Verbande haftend findet. Im Uebrigen sind am Körper der Pat. weder Narben noch Exantheme sichtbar. Die Auscultation und Percussion ergibt, abgesehen von knackenden Rasselgeräuschen über beiden Lungenspitzen, keinen positiven Befund. — Im weiteren Verlaufe zeigte sich innerhalb zweier Monate, die ich noch in Freiburg verblieb, bei nur localer Behandlung mit Jodoform keine nennenswerthe Einwirkung auf die geschwürigen Prozesse. Pat. hustete jedoch weniger, fühlte sich verhälltnissmässig wohl und hatte nicht von einem Ausbruch anderweitiger specifischer Symptome zu leiden. In Rachenraum und Kehlkopf nichts Abnormes.

Pathalogie: Das in Müller'scher Flüssigkeit und Alcohol gehärtete Glied erscheint durch die Conservirungsflüssigkeit grünlichbraun verfärbt und im Verhältniss zu den übrigen Fingern auffallend verkürzt und verdickt. Die beiden letzten Phalangen namentlich sind trotz der beträchtlichen Schrumpfung bis auf die doppelte Circumferenz verdickt. Der Finger erscheint auf diese Weise nicht sowohl spindel- als vielmehr kolbenförmig, mit dem stumpfen Ende pheripherwärts sehend. Er macht den Eindruck einer Vogelklaue, ein Umstand, welcher besonders durch die Papageienschnabelähnliche Gestalt und die fast rechtwinkelige Abknickung des Nagels nach unten, verbunden mit dem beträchtlichen Schwund des volaren Gewebes, über welches jetzt die seitlichen

Nagelkanten hervorragen, bedingt wird. Wohl ursprünglich der Grenze der 2. und 3. Phalanx entsprechend, befindet sich an der ulnaren Seitenfläche ein tiefes, unregelmässiges Geschwür mit zum Theil unterminirten Rändern. Auch auf dem Fingerrücken, mehr ulnarwärts gelegen und mit seinen Ausläufern das Nagelbett umgreifend, sowie auf der Volarseite der 2. Phalanx befinden sich ausgedehntere und tiefer zerfallene Geschwürsflächen. — Ein mit einem Knorpelmesser durch die 2. Phalanx geführter Schnitt zeigt die compacte Knochensubstanz weich und auffallend porös. Die Spongiosa stellenweise stark rareficirt, stellenweise durch eine weiche, fleischige, granulationsartige Masse ersetzt, in welcher sich weder die für Tuberkel charakteristischem, käsig degenerirten Knötchen, noch grössere mit käsigem Detritus gefüllte Cavernen markiren.

Für die mikroskopische Untersuchung werden die Schnitte durch die 2. Phalanx nahe ihrem proximalen Gelenke durch die oben beschriebene Geschwürsfläche gelegt. Die Schnitte werden in Pikrinsäure entkalkt, mit Carmin und Hämatoxylin gefärbt, dann in Canadabalsam zur Untersuchung gebracht. — Es zeigen sich hier die Schnittflächen fast vollkommen von einem aus Rundzellen gebildeten Gewebe eingenommen, dazwischen nur spärlich eingelagerte, verdünnte und zerfaserte Knochenbälkchen. Die Geschwürsoberfläche zeigt unter dem Mikroskop nur einen feinkörnigen, ungefärbt gebliebenen Detritus. Recht zahlreich sind die Blutgefässe. Die Wandungen der Arterien erscheinen auffallend verdickt und bei Querdurchschnitten der Letzteren sieht man, dass diese Verdickungen hauptsächlich durch die Wucherungen der Intima und mehr noch der Adventitia bedingt sind[1]).

Fall 2. Bertha B., Tochter der Vorigen, 10 Jahre

[1]) Herr Dr. Bostroem, der mich in zuvorkommendster Weise bei den vorstehenden Untersuchungen unterstützte, hat die betreffenden Präparate theilweise der Freiburger pathologischen Sammlung einverleibt.

alt, soll nach der Geburt anscheinend kräftig entwickelt gewesen sein. Sie wurde von der Mutter nur kurze Zeit durch die Brust ernährt, dann mit den verwerflichsten Surrogaten aufgefüttert. Auffallender Weise blieb die kleine Pat. von Rachitis verschont und bis zum Alter von $1^1/_2$ Jahren auch sonst völlig gesund. Da sie damals, 1874, zufällig geimpft wurde, bringt die Mutter die nachfolgende Erkrankung mit der Impfung in Zusammenhang. Etwa 14 Tage nach dem Erfolgen derselben nämlich wurde der Mittelfinger der linken Hand von einer Affection befallen, welche am ausgesprochendsten ihren Sitz in der 1. Phalanx hatte und sich überhaupt durch starke Röthung und ringförmige Verdickung kennzeichnete. Da sich bis zu jener Zeit weder bei dem Kinde, noch auch bei der Mutter irgend welche Erscheinungen der Lues manifestirt hatten, suchte der hinzugezogene Arzt durch antiscrophulöse Behandlung und Jodpinselung die Heilung herbeizuführen. — Dieser Therapie gelang es nicht, nachhaltige Erfolge zu erzielen. Die Erkrankung pflanzte sich innerhalb zweier Wochen nicht nur auf den benachbarten Finger und Handrücken fort, sondern bald fingen auch am 2. und 5. Finger der rechten Hand sich ähnliche Erscheinungen zu zeigen an. — Die geschwollenen Finger brachen auf, es soll sich aus den geschwürigen Fistelöffnungen ein zähes, fadenziehendes Secret, welches nur im Beginne stärkere, eiterige Beimischung zeigte, perpetuirlich entleert haben. Knochenstückchen haben sich nicht abgestossen. — Nachdem 1880 der später, aber im grössten Umfange erkrankte kleine Finger der rechten Hand auch nach einer Schmierkur und folgender Jodkalibehandlung neben localer Therapie keine Neigung zur Heilung zeigte, sah man sich genöthigt, ihn durch Exarticulation zu entfernen. Im Februar 1881 wurde nochmals eine Inunctionskur eingeleitet und hinterher Jodkali in grösseren Dosen verabreicht. Trotzdem war bereits im Juli desselben Jahres die Affection auch an dem Zeigefinger der rechten Hand so weit

vorgeschritten, dass seine Entfernung ebenfalls für nothwendig erachtet wurde. — Kurz vor der Ueberweisung an mich litt das Kind bisweilen an fieberhaften Erscheinungen und geringem Husten. Zweimal wurden — angeblich epileptische — Anfälle bei der Pat. beobachtet, wobei dieselbe ganz „weggeblieben“ und wie todt dagelegen haben soll. Während das erste Mal dieser soporöse Zustand 4 Stunden währte, hatte er das zweite Mal nur eine halbstündige Dauer. Die Kürze desselben wird von der Mutter als Effect einer auf den Kopf applicirten Eisblase angesehen.

Status, Januar 1882: Das Kind, geistig geweckt und anscheinend intelligent, ist für seine Jahre körperlich wenig entwickelt. Der Habitus ähnelt demjenigen, welchen pastös-scrophulöse Kinder zu zeigen pflegen. Haut zart und blass, verhältnissmässig bedeutender Panniculus, schwächlicher Knochenbau. Unter dem rechten unteren Augenlide macht sich eine eingesunkene, nur wenig geröthete, etwa 1 Ctm. lange und nur halb so breite Narbe bemerkbar: eine andere von bedeutenderer Grösse, auf der rechten Wange befindlich und etwa 3 Ctm. lang und 2 Ctm. breit, zeigt eine Vertiefung von ca. $^1/_2$ Ctm. unter das Niveau der Haut. Die Nasenöffnungen sind zum Theil durch eine Zwanzigpfennigstück grosse Borke verklebt. An der linken Hand zeigen Mittel- und Zeigefinger mehrfache, unregelmässig gestaltete, strahlige, theils röthliche, theils mehr weissliche, eingezogene Narben, deren Grund mehrfach mit dem Knochen verwachsen zu sein scheint. Rechts: Zeigefinger und kleiner Finger fehlen. Die betreffenden Metacarpusenden bilden narbige, röthliche, etwas gedunsen erscheinende Stümpfe. An der Dorsalfläche des Gelenkes zwischen 1. und 2. Daumenphalanx, an der Volarfläche der Hand, über dem innern und unteren Rande des Daumenballens, ferner über dem Radiusköpfchen bemerkt man in rosenfarbiger, narbiger Umgebung Geschwürsflächen von Linsen- bis Zehnpfennigstückgrösse. Das Intraphalangealgelenk des Daumens

trägt an seiner ulnaren Kante eine dicke, schmutziggelbe Kruste von der Grösse etwa einer plattgedrückten Erbse. Im Rachenraum starke Röthung, keine Ulceration, Tonsillen hypertrophisch; larynkoskopische Versuche misslingen. Ueber der rechten Lungenspitze leichte Dämpfung und verschärftes Inspirium. — Die derzeit entfernten Finger sind leider nicht zur Untersuchung aufbewahrt worden.

Anmerkung. Das zweite Kind der Behrle, der in der Anamnese erwähnte 2jährigeKnabe, ist von auffallend kleinem und schwächlichem Körperbau; derselbe vermag nicht umherzulaufen. Die Stirn stark zurückweichend, die Augen hervortretend, Nasenrücken auffällig platt, die Nasenlöcher mit gelben und röthlichen Krusten verstopft. Der ganze Körper des Kindes ist mit einem papulösen, miliaria ähnlichem Exanthem bedeckt, welches, an den Extremitäten besonders ausgesprochen, sich hier gleichmässig auf Beuge und Streckseiten vertheilt.

Epikrise: Werfen wir einen kurzen Ueberblick auf die beiden Krankengeschichten, so müssen wir uns bei der allbekannten Unzuverlässigkeit der Angaben von Syphilitischen hüten, zu weit gehende Schlüsse aus den gesammelten Daten zu ziehen. Allerdings liegt es nahe, wenn der Vater andauernd an Ausschlägen leidet, die Mutter an Gehirnsyptomen zu Grunde geht, die Kinder theils nach der Geburt wegsterben, theils von Exanthemen, Ozaena und von Gelenkentzündungen mit dem geschilderten Verlauf befallen werden, wenn ferner bei den Eltern Tuberculose, durch die ein Theil der Erscheinungen bedingt sein konnte, ausgeschlossen erscheint — dann, sage ich, liegt es allerdings nahe, den Verdacht auf Lues schon für jene Generation auszusprechen; aber ein Beweis ist damit nicht erbracht. Noch weniger können wir ohne Weiteres die Fingererkrankung der Grossmutter der ihr möglicher Weise anhaftenden Lues zur Last legen.

So müssen wir es demnach dahingestellt sein lassen, ob das Gelenkleiden der Frau B. in ihrem 15. Lebens-

jahre luetischer Natur gewesen ist, obgleich die Art seines Auftretens bei ihr und der Schwester als ein schwerwiegendes Verdachtsmoment auf hereditäre Syphilis zu betrachten ist.

Bezüglich der localen Affection bei der Frau B. geht mit Sicherheit aus der Anamnese und dem Befunde hervor, dass die Elemente der aus Granulationsgewebe bestehenden Neubildung, welche sich als Knötchen in der Volarfläche des Fingers präsentirte, auf das Periost und von diesem auf den Knochen übergriffen haben, indem durch die dem gummösen Gewebe eigenthümliche Proliferation im Knochenmark schliesslich die Aufblähung der Phalangen in derselben Weise zu Stande kam, als hätte die Wucherung von hier ihren ursprünglichen Ausgang genommen. Durch die Verdickung der Blutgefässwände, namentlich der Adventitia, und zwar dadurch, dass diese sich durch Einbettung von Kernen und Zellen selbst in gummöses Gewebe metamorphosirte, wurden die Knochenkanälchen durch Druck erweitert; durch die entstehenden Circulationshemmungen kann dann muthmasslich die Rarificirung der spongiösen, wie des bisher nur an einer Stelle befallenen compacten Knochengewebes zu Stande, durch dessen Lücken dann der schleimig und käsig-degenerirte Inhalt der Geschwulstmasse auch auf der Dorsal- und Seitenfläche in die Aussenwelt trat und in den entstandenen Knochenhohlraum führende Fisteln zurückliess. Andernfalls ist das Abgestossenwerden nekrotischer Knochentheile, wie es nicht in unseren Fällen, aber sonst beobachtet ist, darauf zurückzuführen, dass die periostalen Gefässe sich durch eine Endarteriitii verschliessen und dem rareficirten Knochen die Ernährung ganz entziehen[1]).

Das Zustandekommen der papageienschnabelähnlichen Form der Fingerkuppe war in unserer ersten Krankengeschichte der Anamnese wie dem Status prä-

[1]) Lewin l. c. p. 673.

sens nach zweifellos durch den zurückgehenden gummösen Prozess an der dritten Phalanx bedingt, durch welchen eine Einschmelzung des Knochens erfolgte — ein von Lewin als häufig hervorgehobener Ausgang. Lewin behauptet allerdings in seiner erwähnten Arbeit, dass die Affection, für die er in Folge dessen die Bezeichnung Phalangitis syphilitica als präciser vorzieht, nur von dem Knochenmark oder dem Periost ausgehen könne, eine Ansicht, der ich in Folge der bestimmten vorliegenden, durch ärztliche Beobachtung bestätigten Aussagen über den Beginn des Leidens nicht beitrete, wenn auch der Ursprung der Lewin'schen Fälle selbst durchaus vom Knochen herzuleiten sein mag. Auch Baeumler ist auf Grund seiner Beobachtungen der Ansicht, dass das Leiden neben dem Periost und dem Knochenmark auch von den Sehnenscheiden oder den fibrösen Gebilden des Fingers seinen Ausgang nehmen könne[1]).

Wir haben es bei dem Kinde ohne Frage mit der osteomyelitischen Form unserer Erkrankung zu thun. Die gleich Anfagsn beobachtete Auftreibung des Knochens in seiner Totalität spricht ebenso dafür, wie die mehr entzündlichen Zustände an den umgebenden Weichtheilen[2]). Die osteomyelitische Form der Dactylitis finden wir überhaupt vorwiegend bei Neugeborenen und in den ersten Lebensjahren stehenden Kindern auftreten, während die periostale Form häufiger die Erwachsenen befällt. Diese Disposition des kindlichen Organismus, meint Lewin, erschiene weniger auffallend, wenn man sich vergegenwärtigt einmal, dass das Knochenmark als Umwandlungsstätte der weissen Blutkörperchen in die rothen auch in ganz besonderem physiologischen Connex mit dem Blute stehen und wie die Milz und die anderen lymphathischen Organe von den im Blute kreisenden Infectionsstoffen besonders irritirt werden muss — und wenn man sich andererseits vergegenwärtigt, dass um

[1]) Baeumler in von Ziemssen's Handbuch. S. 161.
[2]) Lewin l. c. p. 680.

so mehr Dyscrasien jeder Art, seien sie scrophulöser, tuberculöser oder syphilitischer Natur, geneigt sind, im kindlichen Knochenmarke ihre Depots anzulegen, als es durch die hohen Anforderungen, die das Wachsthum an dasselbe stellt, sich an und für sich in einem beständigen Reizungszustande befinden muss. Lewin erklärt hierdurch auch den viel acuteren Verlauf, den sowohl die syphilitische, wie jede andere dyscrasische Osteomyelitis bei Kindern im Gegensatz zu der Langsamigkeit bei Erwachsenen nimmt. — Bei der osteomyelitischen Form der syphilitischen Dactylitis tritt die gummöse Neubildung mitten in den Markräumen des Knochens selbst auf. Allmählig bläht sie durch ihr rapides Wuchern den Knochen auf, dessen compacte Substanz sie gewissermaassen zu einer dünnen Lamelle auszieht. Der hauptsächlichste Antheil an dem Umsichgreifen der gummösen Neubildung fällt dem fibrilären Bindegewebe und der Adventitia der Gefässe zu. Von hier aus werden dann die eigenthümlichen Rundzellen und freien Körner abgegeben, welche das Gewebe konstituiren, das die Markhöhle erweitert und die Knochensubstanz durch Rarefikation langsam zerstört[1]). Es entsteht somit — und das möchte im Gegensatze zu Lewin besonders hervorheben — von einem ganz anderen Ausgangspunkte her dasselbe mikroskopische Bild, welches oben das der Frau Behrle entnommene Präparat lieferte.

Nur eine Beobachtung der frühesten Anfänge des Leidens kann eine Aufklärung über das Zustandekommen der Affection geben, die, ob sie von dem Knochenmark, dem Periost oder den Weichtheilen ausgeht, schliesslich doch stets das Resultat wesentlich derselben Processe ist, die makroskopisch und mikroskopisch ein und dieselben Ergebnisse liefern und daher berechtigter Weise mit dem einheitlichen Namen Dactylitis syphilitica bezeichnet werden.

Im Gegensatz zu den von Lewin gesammelten

[1]) Lewin l. c. p. 677.

Daten steht der Ausgang des Leidens, welches bei Mutter und Kind allen Heilungsversuchen widerstehend, schliesslich zur Abtragung der betreffenden Glieder führte.

Von den 27 von Lewin erwähnten Fällen gingen zwei Kinder und zwei Erwachsene vermöge ihrer schwächlichen Constitution an eintretenden Complicationen zu Grunde, einigemal blieb nach der Ausheilung Gebrauchsunfähigkeit zurück, nirgends aber führte die Erkrankung zum Verluste eines oder gar mehrerer Finger.

Der Verlust einer Phalanx wurde in dem höchst merkwürdigen Falle von Taylor[1]) beobachtet. In zwei Fällen von Luecke[2]) ist Crepitation als im Gelenk zwischen zwei erkrankten Phalangen restirend aufgeführt. In dem Falle von Risel aus der Volkmann'schen Klinik[3]), welcher später durch Complicationen tödtlich verlief, wurde ein Theil einer Phalanx entfernt.

In den beiden vorgetragenen Krankengeschichten finden zunächst die sonst über das Auftreten der Dactylitis syphilitica gemachten Erfahrungen ihre Bestätigung, nämlich: 1) Der von Lewin ausgesprochene Satz, dass bei Kindern mehr die osteomyelitische, bei Erwachsenen mehr die periostale Form in die Erscheinung tritt. 2) Dass die Dactilitis besonders herunterge-

---

[1]) R. W. Taylor, Syph. lesions of the osseous system in infants and young children. New-York 1875. p. 21. — Es war hier anscheinend zu einer Resorption, nicht zur Ausstossung von Knochentheilen gekommen: „An der rechten Hand war von dem Zeigefinger bloss ein Stumpf vorhanden, welcher bis zum 1. Phalangealgelenke des Mittelfingers reichte. Die ganze erste Phalanx, das nächste Drittel der zweiten und das untere Drittel des Metacarpalknochens waren geschwunden. Der übrig gebliebene Knochen nahm nach seinem Ende hin allmählich ab. An ihm war ein Band, unzweifelhaft aus fibrösem Gewebe, befestigt, welches bis zum anderen Ende reichte und die Ueberreste der 2. Phalanx festhielt."

[2]) Berliner klin. Wochenschrift. 1867. S. 525.

[3]) Ebendas. 1870. Nr. 7.

kommene, schlecht genährte und mit Hang zur Scrophulose, resp. Tuberculose behaftete syphilitische Individuen zu befallen scheint. 3) Quoad prognosin, dass die Dactilitis nicht als eine leicht zu nehmende syphilitische Localaffection aufzufassen ist. Dieselbe kann vielmehr durch ihre Hartnäckigkeit, wie wir gesehen haben, nicht nur die Unbrauchbarkeit, sondern auch den Verlust des betreffenden Gliedes nach sich ziehen. Sie deutet unter Umständen eine so schwere Form des Lues an, dass auch andere Complicationen, welche das Leben der Kranken gefährden können, in Aussicht stehen.

Durch die beschriebenen Fälle speziell aber, die von Beginn der Affection an einer genauen ärztlichen Controlle unterstanden haben, glaube ich erwiesen zu haben, 1) dass nicht nur gummöse Neubildungen im Knochenmarke und in die Knochenhaut des Fingers zu der unter dem Namen Dactylitis zusammengefassten Veränderung Anlass geben, sondern durch mittelbare Betheiligung dieser Gewebe auch die in den Weichtheilen entstehenden Gummate, 2) dass die bei der Lues (ob auch in der acquirirten Form bleibt dahingestellt) in der Praedilection für eine gewisse Erscheinungsform und deren Localisation das hereditäre Moment eine hervorragende Rolle spielt.